

DÉPISTAGE RADIOGRAPHIQUE OFFICIEL
Club Français des Bouviers d'Australie et Kelpies (CF-BAK)

Je soussigné Docteur Vétérinaire

Nom Prénom.....

Numéro d'inscription au tableau de l'Ordre

Tél..... Courriel.....

Certifie avoir pratiqué la (les) radiographie(s)

- des hanches
- des coudes
- du dos
- des épaules

N° téléchargement du cliché numérique (pour le lecteur **Dr PASCAL FAYOLLE**)

Sur le chien :

Nom :.....

Affixe ou préfixe :.....

Race :.....

Sexe :..... Date de naissance :.....

Identification :.....

Je certifie avoir moi-même vérifié l'identification de ce chien.

Je certifie par ailleurs que la (les) radiographie(s) a (ont) été pratiquée(s):

- sous anesthésie générale ; N.D. de l'anesthésique :.....
- sous sédation profonde ; N.D. du sédatif :.....
- sans anesthésie (sauf pour les hanches)

Fait à : **le :**

Signature et timbre du vétérinaire

PARTIE CONCERNANT LE PROPRIÉTAIRE

Envoyez cette attestation et votre règlement par chèque ou par virement (30€ pour les hanches, 30€ pour les coudes et 30€ pour le dos) au **Professeur FAYOLLE**, soit par courrier à **4, avenue de la Saussaye - 94440 Santeny** soit par courriel à pascal.fayolle@vet-alfort.fr.

Si vous privilégiez un virement bancaire indiquez **le nom et la race de votre chien**.

TITULAIRE DU COMPTE : PASCAL FAYOLLE

BIC : CRLYFRPP

IBAN : FR53 3000 2005 4700 0043 1350 Q33

Les résultats seront envoyés par **E-MAIL** y compris au club de race.

Je soussigné(é).....

Adresse.....

Tél..... **Courriel**.....

- accepte que ces résultats soient transmis au CF-BAK et à la Société Centrale Canine pour publication

Fait à : le :

SIGNATURE DU PROPRIÉTAIRE DU CHIEN :